Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Kiel.

Über die Dauerresultate der in der Kieler Frauenklinik operierten Vulvacarcinome aus den Jahren 1901—1912.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät

der

Universität zu Kiel

vorgelegt von

Johann Ossing

aus Borken-Wirthe (Westf.).

Kiel 1913

Druck von H. Fiencke.

Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Kiel.

Über die Dauerresultate der in der Kieler Frauenklinik operierten Vulvacarcinome aus den Jahren 1901—1912.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät

der

Universität zu Kiel

vorgelegt von

Johann Ossing

aus Borken-Wirthe (Westf.).

Kiel 1913

Druck von H. Fiencke.

No. 52.

Rektoratsjahr 1913/14.

Referent: Prof. Dr. **Stoeckel.**

Zum Druck genehmigt:

Prof. Dr. **Anschütz,**
z. Z. Dekan.

Meinen Eltern!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153521_0073

Wenn man die Häufigkeit der bösartigen Neubildungen an den Generationsorganen einschließlich der Brustdrüsen beim Manne und Weibe gegenüberstellt, so ergibt sich eine erhebliche Differenz zu Ungunsten der Weiber. Ganz besonders tritt dieses zu Tage bei den Brustdrüsen; aber auch bei der Vergleichung der malignen Tumoren der eigentlichen Geschlechtsorgane tritt dieser Unterschied deutlich hervor. Bilden doch die an bösartigen Geschwülsten, besonders an Carcinom der Genitalien erkrankten Frauen einen erheblichen Prozentsatz in den gynaekologischen Kliniken, und viele Frauen fallen alljährlich trotz der ausgedehntesten Operationen diesen Affektionen zum Opfer. Nun ist aber der Sexualapparat der Frau von der Vulva bis zum Fundus uteri mit seinen Adnexen nicht in gleicher Weise für maligne Neubildungen praedisponiert. Der Uterus ist ihr häufigster Sitz und wohl am seltensten wird die Vulva davon befallen. So sind nach Schwarz (1) unter den 35807 Patientinnen, die von 1883–92 die Berliner Klinik aufsuchten, 1147 Utercarcinome und 30 Vulvacarcinome beobachtet; also stehen Uteruscarcinome und Vulvacarcinome im Verhältnis von 38 : 1. Dieses relativ seltene Auftreten von Vulvacarcinom bestätigen alle Autoren. Winckel (2) sah unter 4117 Frauen 17 Carcinome der Vulva. Nach Gönner (3) fanden sich unter 900 Frauen der Baseler Klinik 99, die an Carcinom litten und darunter 5 mit Carcinoma vulvae. Auch die

Statistiken von Virchow und Mayer (4) zeigen, daß erst auf 35—40 Krebse des Uterus ein Krebs der äußeren Genitalien kommt.

Mit diesem verhältnismäßig seltenen Vorkommen von Vulvacarcinomen ist es auch wohl in Zusammenhang zu bringen, daß bis vor wenigen Jahrzehnten über diese Erkrankung sich nur kurze Mitteilungen finden. Erst L. Mayer 1868, Gönner 1881 und Küstner (5) 1882 haben die Aufmerksamkeit darauf hingelenkt. Küstner betont besonders, daß Statistiken über größeres Material mit langer Beobachtungszeit notwendig sind. Er schreibt am Schlusse seiner Arbeit: »Das größte Verdienst würde sich dieser Beitrag erwerben, wenn er Anregung gäbe, ein größeres Beobachtungsmaterial in derselben Weise zu nutzen und zu bearbeiten.« Seitdem sind mehrere Publicationen erschienen. So berichtet Schwarz über 23 Fälle aus der Berliner Klinik; Teller (6) veröffentlicht 39 Fälle ebenfalls aus der Berliner Klinik als Fortsetzung der Arbeit von Schwarz. Blümcke (7) gibt 14 Fälle aus der Hallenser Klinik und Coppert (8) 25 Fälle aus der Jenaer Klinik bekannt. Eine sorgfältige Zusammenstellung der bis dahin veröffentlichten Fälle findet sich in der 1902 erschienen Dissertation von Goldschmidt (9), der 214 Fälle in der Literatur fand. Daneben sind dann noch mehrfach einzelne Fälle publiciert. Wenn so auch die Zahl der bekannten Fälle schon eine ganz erhebliche ist, so sind doch Berichte über mehrere Fälle einer Anstalt mit Angabe der Heilungserfolge immerhin noch selten. Und doch können nur derartige Statistiken zeigen, ob wir mit unserer Behandlung den gewünschten Erfolg haben oder nicht. Daher dürfte es wohl angebracht sein, die von 1901 bis 1912 in der Kieler Frauenklinik beobachteten Fälle von Vulvacarcinom zu veröffentlichen, die mir Herr Prof. Stoeckel als Material für meine Dissertation gütigst zur Verfügung gestellt hat.

Es wurden vom 1. Januar 1901 bis zum 31. Dezember 1911 in der Kieler Frauenklinik 18 Frauen wegen Vulva karzinom behandelt.

Zunächst mögen gekürzt die Krankengeschichten folgen;

1. J.-Nr. 244, Bd. 142, 1902.

Fr. Kl., 77 Jahre.

Aufgen. 23. VI. 02 — entl. 31. VIII. 02.

Anamnese: Menstruation war ohne Besonderheiten, Menopause mit 52 Jahren. 2 Geburten; 3 Aborte.

Als Kind Typhus, sonst nie ernstlich krank gewesen

Im Januar 02 geringe Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend, ausstrahlend nach den äußeren Genitalien. Schmerzen bestehen in kurzen Pausen bis heute. Am 16. VII. 02 nach 25jähriger Menopause zum ersten Male Abgang geringer Mengen von Blut. Kein Ausfluß. In den letzten Wochen deutlicher Kräfteverlust. Pat. kommt vom Arzte geschickt, um sich operieren zu lassen.

Status: Vor dem Introitus eine stark zerklüftete, blumenkohlartige zart rosa gefärbte, 5 cm lange, 2—3 cm breite, plattenförmige Geschwulst, leicht buckelig, die ganze linke kleine Schamlippe einnehmend und in die große übergehend. Rechte Schamlippen sowie Urethralmündung frei. Linke Inguinaldrüsen haselnußgroß; hart, verschieblich, rechts eben fühlbar.

Diagnose: Carcinoma labii min. sin.

30. VII. 02. Operation in Chloroform-Äthernarcose (Werth):

Exstirpation der ganzen Vulva mit weiter Unterschneidung des Carcinoms im Gesunden, also inklusive der rechten, nicht befallenen, aber dauernd im Contact mit dem Tumor gewesenen großen Labii. Das Carcinom wird in toto entfernt bis auf die Urethralgegend, wo zunächst ein Stück zurückbleibt, das mit dem Messer und Paquelin nachträglich excidiert wird. Schluß der Wunde durch Naht unter ziemlicher Spannung.

Hierauf Ausräumung der beiderseitigen Leistendrüsen durch Schnitte, die vom oberen Ende des Vulvaschnittes seitwärts entlang den Lig. Poup. laufen. In größere Wundtaschen Tampons, sonst Schluß der Wunde durch fortlaufende Naht.

Mikrosk. Typisches Plattenepithelcarcinom mit Hornperlen.

Die Lymphdrüsen sind frei von Krebsgewebe.

Normaler Wundheilungsverlauf.

31. VIII. 02. Entlassungsbefund: Die dreischenklige Narbe ist fast überall per primam geheilt; Introitus vaginae allseitig von glatten Narbenrändern umgeben, für einen Finger durchgängig. In der Umgebung der Narben nirgends gröbere Verdichtungen.

Pat. hat sich bis heute nicht wieder vorgestellt.

23. VI. 12. Nach Bericht des Arztes ist Pat. vollständig gesund; es hat sich kein Recidiv gezeigt. Pat. ist also 9 Jahre 11 Mon. recidivfrei.

2. J.-Nr. 603, Bd. 146, 1903.

Fr. Kle. Arbeitersfrau, 63 Jahre.

Aufgen. 28. I. 03. — entl. 10. III. 03.

Anamnese: 4 Geburten ohne Kunsthülfe. Kein Abort.

Menstruation immer regelmäßig schwach, ohne Schmerzen, letzte Menses mit 45 Jahren.

Seit mehreren Jahren Jucken und Brennen an den äußeren Genitalien, daher viel Kratzen und Scheuern an der Vulva. Vor $^3/_4$ Jahren Schwellung der rechten Labien, bald danach Auftreten von flachen Erhabenheiten. Seit $^1/_4$ Jahr Brennen beim Wasserlassen und gelblicher Ausfluß.

Allgemeinbefinden, besonders Appetit ganz ungestört.

Status: Starke Verdickung des Praeputium clitoridis, dessen Haut weißlich gefärbt ist. Am linken Labium mai. im Bereiche der hinteren $^2/_3$ ein circa 4 cm langes, 3 cm breites, flaches Geschwür, das die ganze äußere Hälfte des linken atrophischen Labium min. mitbetrifft. In dem unteren Drittel der rechten großen Schamlippe eine warzig zerklüftete, zum Teil ulcerierte, derbe Erhabenheit von etwa Markstückgröße. Zwischen dem medialen Ulcusrande und dem freien Rande des Labium min. sind 2 weitere, kleinere, ulcerierte, rundliche Bezirke.

Diagnose: Ca. vulvae lab. mai. et. min. sin.

7. II. 03. Operation in Chloroform-Äthernarcose (Werth) Exstirpation des Ca. im Gesunden, sodaß die ganze Vulva inclusive Clitoris und eines Teiles des Dammes bis dicht an die Scheide entfernt wird mitsamt dem subcutanen Fettgewebe. Darauf Ausräumung der beiderseitigen, nicht als vergrößert fühlbaren Inguinallymphdrüsen.

Mikroskopisch erweist sich das Ulcus als Plattenepithelcarcinom. Die etwas härter sich anfühlenden Inguinaldrüsen lassen nicht mit Sicherheit Krebswachstum erkennen. Es ist lediglich das Endothel der Sinus gewuchert. Die Epidermis der Vulva ist stellenweise verdickt, derb und fest.

10. III. 03. Exitus letalis an Sepsis.

Die Section ergibt eitrige Thrombophlebitis der Vena iliaca externa. Krebsmetastasen finden sich nicht.

3. J.-N. 692, Bd. 146, 1903.

Fr. Er., Tischlerswitwe, 71 J.

Aufgen. 5. III. 03 — entl. 7. IV. 03. 7 normale Geburten, Kein Abort. Menstruation regelmäßig, schwach und schmerzlos. Menopause mit 40 Jahren.

Pat. war stets gesund. Vor etwa 3 Jahren bemerkte Pat. ein kleines stark juckendes Geschwür am Scheideneingang, das sich ganz langsam vergrößerte. Im letzten Sommer bildeten sich kleine Wärzchen auf dem Geschwür. In letzter Zeit starker, aetzender Fluor und Schmerzen und Brennen beim Wasserlassen. Die Wunde wurde schon geätzt und mit dem Glüheisen verschorft, doch brach sie stets nach kurzer Zeit wieder auf.

Status: An der Basis der rechten Nymphe dicht neben dem Frenulum ein kirschgroßer an der Oberfläche exulcerierender Knoten, sehr derb, nicht empfindlich. Die ganze Umgebung bis zum Mons veneris dagegen sehr empfindlich.

Leistendrüsen sind nicht zu fühlen.

Diagnose: Ca. labii min. dextri.

10. III. 03. Operation in Äther - Chloroformnarcose (Werth). Excision des Carcinoms durch Entfernung des

ganzen rechten Labium min. mit dem Frenulum clitoridis. Dann sorgfältige Ausräumung der beiderseitigen oberflächlichen und tiefen Leistendrüsen im Zusammenhange mit dem Fettgewebe.

Mikrosk. Bef. Wenig in die Tiefe greifender, nach den Seiten nicht über das makroskopische Wachstum hinausgehender Hornkrebs mit typischen Hornperlen. Umgebung des Tumors stark entzündlich infiltriert.

In den Lymphdrüsen wohl Wucherung der Sinusepithelien, nirgends aber ist Krebswachstum erkennbar.

Ungestörte Wundheilung.

7. IV. 03. Entlassung. Bef. Inguinalwunden per primam geheilt. Am Introitus vaginae eine etwas schlaffe Granulationsbildung. Die Umgebung der Wundränder etwas infiltriert und mäßig gerötet, Carcinomverdächtiges Gewebe nirgends sichtbar. Pat. fühlt sich absolut wohl.

30. V. 06 1. Receptio J.-N. 154. Bd. 170.

Seit Februar oft wieder Beschwerden. Es sei gelber Ausfluß aufgetreten, der brenne und jucke.

Status: Die Narben sind überall weich, nicht adhaerent, nicht empfindlich, nirgends eine Verhärtung in denselben. An der rechten Seite der Vaginalöffnung, also an dem zurückgelassenen Labium, ein absolut unempfindlichen Tumor von Wallnußgröße, der ulceriert und mit Borken belegt ist.

In der Leistenbeuge sind keine vergrößerten Lymphdrüsen zu fühlen.

1. IV. In Narcose Exstirpation des Tumors weit im Gesunden. Der Schnitt reicht bis dicht an die Urethra. Fortlaufende Naht.

26. VI. 06. Wunde fast völlig verheilt. Entlassung.

5. XI. 07. 2. Wiederaufnahme.

Auf dem rechten Lig. Poup. ein harter pflaumengroßer, wenig verschieblicher Knoten. Linke Leistenbeuge frei. Keine Tumoren im kleinen Becken.

7. XI. 07. Exstirpation.

Vorsichtige Praeparation des allseitig mit Fett und Fascien fest verwachsenen Drüsenpaketes bis auf die Vena

cruralis. Da mit der Vene fest verwachsen, Abtragung innerhalb des Carcinoms. Verschorfung des zurückgebliebenen Stückes mit dem Paquelin. Wunde bis auf eine Tamponöffnung vernäht.

4. XII. Wunde fast ganz verheilt. In der Umgebung verhärtetes Narbengewebe.

Wohlbefinden. Entlassung.

7. II. 08. Wiedervorstellung.

Kleine wenig secernierende Fistel in der rechten Leistenbeuge. Umgebung fest und derb. Etwas Schmerzen im Bein.

Pat. hat sich nicht wieder vorgestellt. Nach Bericht des Standesamtes ist sie 1908 an Magenkrebs (?) gestorben im Alter von 76 Jahren.

4. J.-N. 715. Bd. 146. 1903.

Fr. Ha., Arbeitersfrau, 61 J.

Aufgen. 21. III. 03 — entl. 14. IV. 03.

Anamnese: 1 normale Geburt, kein Abort. Menstruation regelmäßig, schmerzlos, 8 tägig und sehr stark; letzte Menses mit 42 Jahren.

Seit langer Zeit spärlicher Fluor. Pat. hat im Oktober 1902 eine geschwollene arrodierte, leicht blutende Stelle an der Vulva bemerkt, die leicht blutete. Diese sei in letzter Zeit bedeutend größer geworden. Jetzt häufiger Urindrang und Brennen beim Wasserlassen, sowie seit längerer Zeit Pruritusbeschwerden.

Status: Frau in mittlerem Ernährungszustande.

Herz und Lungen: O. B.

Im Bereiche des linken Labium mai. und min. eine hochrote granulierende Geschwürsfläche von fast Handtellergröße mit aufgeworfenen Rändern, in der Mitte ein circa Markstück großer, ½ cm tiefer Defekt. Im rechten Labium mai. findet sich etwa fingerbreit oberhalb der hinteren Commissur ein kirschgroßer prominierender Geschwulstknoten.

Inguinal- und Cruraldrüsen beiderseits stark induriert,

namentlich links, wo die Rosenmüllersche Drüse nur wenig verschieblich ist gegen die Umgebung.

26. III. 03. Operation in Chloroform - Äthernarkose (Werth).

Excision der ganzen Vulva mit dem subcutanen Fettgewebe und Resektion eines kleinen Stückes der Vagina. Dann Ausräumung der oberflächlichen und tiefen Inguinallymphdrüsen.

Mikrosk. Bef. In soliden Alveolen und Zügen gewachsenes Plattenepithelcarcinom, eingebettet in ein stark entzündliches infiltriertes Stroma.

Während die meisten Lymphdrüsen die rechtsseitigen alle frei von Carcinom sind, zeigt das Drüsenconglomerat der linken Fossa cruralis ganz diffuses Krebswachstum.

14. IV. Entlassung.

Am Introitus, namentlich an der oberen linken Begrenzung 2 fingerbreite Granulationsfläche mit sehr derb infiltrierter Umgebung. In der Inguinalgegend rechts primäre Heilung, links eine kleine, gut granulierende Höhle.

13. VII. 03. 2. Receptio. J. N. 255 Bd. 149.

Seit 14 Tagen in der linken Leistengegend geringe Schmerzen Eiterung bestand hier immer.

Status: In der linken Leistengegend eine mit mißfarbenen Granulationen bedeckte, stark eitrig secernierende, wallnußgroße Wundhöhle. Im Scarpa'schen Dreieck fühlt man einen fast daumendicken Geschwulststrang.

18. VII. 03. Excision der fistulösen Narbe. Dann Exstirpation des Geschwulststranges an den Gefäßen, wobei die Vena cruralis mehrfach wandständig verletzt und genäht wird. Die Ausräumung dringt mit vollständiger Freilegung der Gefäße bis auf die Adductorengruppe vor. Wunde größtenteils tamponiert und wenig Situationsnähte.

21. VIII. 03. Am Mons. ven. eine fast daumendicke, empfindliche Schwellung. Unterhalb des rechten lig. Poup. ein haselnußgroßes, ziemlich tief liegendes Infiltrat (carcinomatöse Lymphdrüse).

Pat. ist im Oktober 03 gestorben.

5. J.-N. 538, Bd. 152. 1903.

Frl. Er., Haushälterin, 66 J.

Aufn. 31. X. 03 — Entl. 8. XI. 03.

Anamnese: Keine Geburt, kein Abort. Menstruation immer regelmäßig, zuweilen mit Schmerzen; Menopause mit 50 Jahren. Bis vor 3 Jahren stets gesund. Vor 3 Jahren Lungenentzündung.

Seit 6—7 Jahren Jucken an den äußeren Genitalien. Vor ca. ½ Jahre trat an der linken großen Schamlippe ein Geschwür auf, das besonders beim Wasserlassen heftige Schmerzen verursachte, etwas eitert, aber nicht blutet.

Status. Kräftig gebaute, gut genährte Frau mit gesunder Gesichtsfarbe.

Herz und Lungen o. B.

Starke Atrophie der schlaffen, äußeren Genitalien; Clitoris nur angedeutet; kleine Labien vollständig ausgeglichen.

An der Innenfläche der hinteren Hälfte der linken großen Labie ein 5 Markstück großer, harter Bezirk mit wallartigem Rande, der in der Mitte ein unregelmäßiges, zackiges, flaches Geschwür zeigt. In der Umgebung dieser Schwellung mehrere etwas erhabene unregelmäßige Herde weißer Epidermis. Die Haut äußerst spröde und rissig.

3. XI. Probeexcision ergibt deutliches Hautcarcinom.

4. XI. Operation in Aethernarcose (Werth.)

Ausräumung der linken Leistendrüsen bis auf den Cruralring und die Einmündungsstelle der Vena saphena.

Die Vulva im Gesunden abgetragen, wobei von der Scheide 1 cm reseciert wird.

Die mikroskopische Untersuchung der Leistendrüsen ergibt keine Metastasen.

Ungestörter Wundheilungsverlauf.

5. XI. Verlegung zur Nervenklinik wegen Dementia senilis.

22. XII. 03. Wiedervorstellung.

Inguinalwunde fast ganz verheilt, nur noch einzelne Stichkanäle granulierend. Subjektives Wohlbefinden.

12. I. 04. Receptio.

Pat. klagt über Unmöglichkeit Urin zu lassen. Sie könne nur unter starkem Pressen etwa ein Weinglas voll Urin entleeren.

Die Harnröhre selbst ist frei und nicht stenosiert. Die Narben sind überall unempfindlich und nicht geschwellt.

Keine Spur von Recidiv zu erkennen.

Pat. hat sich nicht wieder vorgestellt.

Über das weitere Ergehen der Pat. war nichts zu erfahren, da sie verschollen ist.

6. J-N. pr. 457.

Fr. Fe., Kiel, 58 Jahre.

Aufnahme und Entlassung im Sommer 04.

2 Geburten, Menstruation ohne Besonderheiten, Menopause seit $^3/_4$ Jahren.

Seit 2 Jahren starker Juckreiz. Seit längerer Zeit besteht ein Knötchen an der Vulva, das langsam wuchs und jetzt etwa die Größe einer Bohne hat.

Die rechten Leistendrüsen sind geschwollen.

Operation im Sommer 04. (W e r t h).

A u s r ä u m u n g d e r r e c h t s s e i t i g e n I n g u i n a l l y m p h d r ü s e n u n d E x c i s i o n d e r g a n z e n V u l v a.

Ungestörter Heilungsverlauf.

28. VI. 12. Pat. stellt sich zur Nachuntersuchung vor.

Es findet sich eine von der Urethra bis zum oberen Rande der Symphyse reichende Narbe, die nach rechts weiterziehend ungefähr die Spina il. a. s. erreicht. Sie ist überall strichförmig. Die Urethra liegt sehr versteckt in der Tiefe, verdeckt durch die beiden neugebildeten Labia maiora, die eine für 2 Finger zugängige Öffnung umschließen. Kein Recidiv in der Vulva, auch in der Leistenbeuge keine vergrößerten Lymphdrüsen palpabel. Die Frau ist beschwerdefrei. Sie ist also jetzt 5 J a h r e o h n e R e c i d i v g e b l i e b e n.

7. J.-N. 113, Bd. 155, 1904.

Fr. R., Witwe, 82 Jahre.

Aufnahme 11. V. 04.

Kein Partus, kein Abort, keine Menstruationsstörung, letzte Menses mit 54 Jahren.

Pat. war nie ernstlich krank. Seit dem 50. Lebensjahr besteht ein Myom, das aber nach Eintritt der Menopause keine Beschwerden machte und nicht größer wurde. Seit etwa 1 Jahre besteht eine Geschwulst an der rechten Schamlippe, die in der letzten Zeit ziemlich schnell gewachsen ist. Die Beschwerden, die Pat. von diesem Tumor hat, bestehen in heftigen Schmerzen beim Urinieren. Seit etwa 8 Tagen bestehen auch Schmerzen, die in die Umgebung des Tumors ausstrahlen.

Status: Alte, verhältnismäßig rüstige, kräftige Frau.

Lungen: ziemlich diffus verteilte Rasselgeräusche.

Herz: O. B.

Am rechten Schenkel des Praeputiums, den oberen Teil der Nymphe mitergreifend, befindet sich eine ziemlich starke Rötung in 2 Markstückgröße. Innerhalb dieser Rötung eine etwas kleinere, derbe Geschwulst, welche diffus in die Umgebung übergeht. Der Tumor ist flach erhaben, im Centrum eine Ulceration. Die dem Tumor gegenüberliegende Fläche der kleinen linken Labie ist entzündlich gerötet. Die übrige Vulva ist stark senil geschrumpft. In der Leistenbeuge einige kleine, derbe, bohnengroße Drüsen tastbar. Im Abdomen ein großer derber, solider Tumor, Begrenzung im allgemeinen glatt, schwach beweglich, mit seiner höchsten Kuppe bis 3 Querfinger unterhalb des Nabels.

13. V. Operation in Äthernarcose (Werth).

Umschneidung der ganzen Clitorisgegend mit beiden Schenkeln des Praeputium clitoridis. Excision der Clitoris mit der umliegenden Haut in fast Fünfmarkstückgröße. Die Wunde wird durch einige versenkte Nähte verkleinert und durch fortlaufende Hautnaht verschlossen.

Mikrosk. Von der teilweise ulcerierten, zellig infiltrierten, stellenweise mit Plattenepithel bedeckten Oberfläche gehen zahlreiche Epithelstränge durch ein gleichfalls kleinzellig infiltriertes Gewebe in die Tiefe. In den Epithelsträngen zahlreiche Hornperlen.

Diagnose: Cancroid der Clitoris.

2. IV. 04. Wunde in der Clitorisgegend per primam, am Damm per granulationem fast ganz geheilt. Keine Beschwerden. Entlassung.

20. VI. 12. Nach Bericht des Arztes geht es der Pat. gut; bis jetzt sind keine Recidive aufgetreten. Pat. ist also 8 Jahre recidivfrei.

8. J.-N. 58. Bd. 161, 1905.

Fr. S., Landmannswitwe, 68 Jahre. Aufn. 5. VI. 05. Entl. 14. VI. 05.

12 normale Geburte, kein Wochenbett fieberhaft, Menstruation ohne Besonderheiten; Menopause mit 46 Jahren. Pat. klagt seit Dezember vorigen Jahres über mäßiges Jucken an den äußeren Genitalien, besonders rechts, das allmählich stärker geworden ist. Seit einigen Tagen habe sie ab und zu stechende Schmerzen, die von der rechten Hüfte nach dem äußeren Genitale ziehen. Seit einigen Jahren Schwellung der beiden Labien und der Umgebung. Beim Wasserlassen keine Beschwerden.

Status: Ziemlich kleine Person von kräftigem Knochenbau und in gutem Ernährungszustande.

Die äußeren Genitalien in toto stark geschwollen, teigig oedematös, besonders stark geschwollen ist das rechte große Labium, weniger das linke, der Damm und die Glutaeen.

Auf der Innenseite des rechten Labiums befindet sich ein pflaumengroßes Ulcus mit grau-rötlichen Granulationen besetzt, mit unterminierten Rändern. In der Umgebung finden sich noch einige kleine, bis erbsengroße, teils ulcerierte

Knötchen. Die umgebende Infiltration erstreckt sich zum Frenulum hin.

Inguinaldrüsen rechts deutlich geschwollen.

Vagina o. B.; Uterus klein, anteflektiert. Adnexe o. B.

Bettruhe. Auf essigsaure Tonerdevorlagen ist die Schwellung nicht zurückgegangen.

15. VI. Pat. wird entlassen.

Nach Bericht des Standesamtes ist die Pat. am 11. XII. 06 an Unterleibskrebs gestorben.

9. J.-N. 542, Bd. 166, 1906.

Fr. F. Haushälterin, 68 Jahre.

Aufgen. 7. XII. 05, entl. 11. I. 06.

5 Geburten, alle mit Kunsthilfe (enges Becken). Kein Abort. Kein fieberhaftes Wochenbett.

Menses: E. M. mit 22 Jahren, regelmäßig alle 4 Wochen, 3—4 tägig, schwach, ohne Beschwerden, Menopause mit 44 Jahren.

Pat. war nie ernstlich krank. Seit dem 17. Jahre bemerkt Pat. eine Senkung der Scheide, die nach den Geburten zunahm. Die Beschwerden waren gering, sodaß sie nicht behandelt worden ist.

Seit Anfang August dieses Jahres an der Innenfläche der kleinen linken Labie Auftreten einer kirschkerngroßen, unebenen, wunden Stelle. Zugleich stellten sich Jucken ein und Schmerzen beim Gehen. Die Erkrankung lief langsam am Labium weiter hinauf und erreichte Mitte September die Clitoris. Die Schmerzen wurden stärker, traten in Anfällen auf und strahlen in die linke Inguinalgegend aus. Beim Urinieren Schmerzen, wenn der Urin die wunden Stellen benetzt.

Status: Mittelgroße Frau mit starker Adiporitas besonders der Bauchdecken. Aussehen blaß, aber nicht cachektisch. Äußere Genitalien, soweit sie nicht erkrankt sind, atrophisch und reizlos. Gänseeigroße Vorwölbung der vorderen Schei-

denwand in die Schamspalte. Scheidenschleimhaut trocken. Uterus senil atrophisch, anteflektiert. Das ganze linke kleine Labium ist in einen ganz unregelmäßigen, 2 ½ cm breiten, 5 cm langen, platten, mit überragenden Rändern breit aufsitzenden Tumor verwandelt, der mit schmutzig grauroten Granulationen und mit schmierig-eitrigem Sekret bedeckt ist. Stark jauchiger Geruch. Ein gleiches Aussehen bietet die glans clitoridis. Praeputium clitoridis und Harnröhre sind frei. In der linken Inguinalgegend fühlt man eine geringe diffuse Schwellung; einzelne Drüsen sind nicht nachweisbar.

18. XII. 05. Operation in Äther-Chloroformnarcose (Werth).

Umschneidung des Vulvacarcinoms in möglichst weiten Grenzen nach vorhergehender sorgfältiger Reinigung und oberflächlicher Cauterisation. Sorgfältige Blutstillung. Dann Fortsetzung des Schnittes entlang am lig. Poup. sin., Ausräumung des Fettes und der Lymphdrüsen bis zur Cruralpforte inklusive. Nirgends ist ein sicheres metastatisches Infiltrat zu finden. Zahlreiche versenkte Nähte und oberflächlich fortlaufende Naht. Das Orificium urethrae wird gewissermaßen neu gebildet.

Dann Prolapsoperation nach Wertheim.

Mikrosk. Der Schnitt zeigt ein völlig ausgebildetes Plattenepithelcarcinom, das an der Oberfläche concentrische Schichtung der Zellen, in der Tiefe mehr ein strangförmiges Wachstum erkennen läßt. Die nähere Umgebung ist stark entzündlich mit Leucocyten infiltriert.

Diagnose: Carz. clitor. et lab. min. sin.

4. I. 06. Haut in der Gegend der Vulva unter Behandlung mit Hebrasalbe gut geheilt. Narbe reizlos, unempfindlich.

10. I. 06. Keine Klagen; Entlassung. Nach Bericht des Standesamtes ist Pat. im April 07 gestorben an Krebs der Unterleibsorgane.

10. J.-N. 685, Bd. 167. 1906.

Fr. L., Witwe, 64 Jahre.

Aufgen. 25. II. 06 entl. 26. III. 06.

7 Geburten normal, Wochenbetten fieberfrei, kein Abort.

Menses: E. M. mit 16 Jahren, zu Anfang unregelmäßig, dann regelmäßig alle 4 Wochen, 6 tägig, stark, ohne Schmerzen.

Pat. war früher stets gesund. Seit einer Reihe von Jahren Pruritus vulvae, hat deshalb viel scheuern müssen. Seit etwa einem halben Jahre merkt Pat. eine Anschwellung an den äußeren Genitalien. Kein Fluor, keine Schmerzen beim Wasserlassen.

Status: Etwas skoliotische Frau in gutem Ernährungszustande mit gering cyanotischer Gesichtsfarbe.

Auf den Lungen etwas feuchtes Rasseln.

Herztöne etwas unrein

An Stelle der Clitoris eine stark papilläre Geschwulst in Form einer dicken, knopfförmigen Platte, die in ihrem Umfange dem Praeputium olitoridis entspricht. Auf der Kuppe trägt sie ein kleines Geschwür. Das Gebiet zwischen Clitoris und Urethra ist normal. Die Haut der großen Labien, besonders im vorderen Teil ist weißlich, verdickt, spröde und rissig.

Links ist eine etwa bohnengroße harte Drüse zu fühlen.

28. II. 06. Operation in Chloroform - Äthernarcose (Werth).

Die Neubildung wird etwa 1½ cm vom Rande umschnitten und möglichst im Gesunden abgesetzt. Blutstillung durch Umstechung. Schluß des unteren Wundwinkels. Dann vom ersten Schnitte aus Spaltung der Haut nach rechts und links bis fast zur Spina a. s. u. sorgfältige Ausräumung der beiden Leistenbeugen.

Schluß der Wunde durch Jodkatgutnähte.

Mikrosk. In breiten, dichtgelagerten soliden Kolben in die Tiefe wachsendes Plattenepithelcarcinom mit Hornperlenbildungen. Allmählicher Übergang der normalen Epidermis in Carcinomgewebe. In Lymphdrüsen lassen sich metastatische Carcinomzellen mit Sicherheit nicht nachweisen.

Diagnose: Carc. clitoridis ohne Metastasen.

26. III. 06. Rechts lineare Narbe, links und in der Vulvagegend gute Granulationen, fast ganz geheilt. Keine Beschwerden. Entlassung.

20. VI. 12. Nach Bericht des Arztes hat Pat. bis jetzt kein Recidiv bekommen. Hat mal leichtes Jucken der Vulva gehabt, doch fand sich nichts verdächtiges. Pat. ist noch gesund. Pat. ist also 6 Jahre 4 Monate recidivfrei.

11. J.-N. 687, Bd. 167. 1906.

Frl. Th., Kinderwärterin, 57 Jahre.

Aufgen. 25. II. 06, entl. 30. V. 06 †.

Keine Geburt, kein Abort.

Menses: E. M. mit 18 Jahren, regelmäßig alle 4 Wochen, 2—3 Tage, stark, ohne Beschwerden.

Seit 5 Jahren hat Pat. heftiges Jucken an den Genitalien, kratzte sich deshalb sehr viel. Seit etwa ½ Jahre bemerkt Pat. eine stark juckende kleine »Pieke«, die langsam wuchs, sehr bald wund wurde und dann beim Wasserlassen stechende Schmerzen verursachte. In letzter Zeit starke Abmagerung.

Früher war Pat. stets gesund.

Status: Kleine kyphoskoliotische, mäßig genährte, verhältnismäßig sehr gealtert aussehende Frau von gelbblasser Hautfarbe.

Herz, Lungen, Urin: o. B.

Die Clitoris und das linke Labium min. ist in seinem oberen Drittel stark ödematös verdickt. Auf der Kuppe dieser Anschwellung findet sich eine 1 Pfennigstück große, harte, druckschmerzhafte, ulcerierte, mißfarbig belegte Stelle. Die Schwellung geht ohne scharfe Grenze in das linke Labium mai. über. Auch das geschwollene große Labium trägt eine 10-Pfennigstück große, harte ulcerierte Stelle, deren Berührung ziemlich schmerzhaft ist.

Der Introitus vaginae ist sehr eng und wie narbig verändert.

Die Urethralmündung ist frei.

Die beiderseitigen Inguinaldrüsen sind etwas vergrößert und als eine Reihe von Pünktchen zu fühlen, die größten sind etwa bohnengroß.

6. III. 06. Operation in Aether-Chloroformnarcose (Werth).

Umschneidung der Vulva, auf der scheinbar gesunden rechten Seite etwa 1 cm vom freien Rande, auf der linken Seite 1 cm von der Neubildung entfernt. Der innere Schnitt wird am oberen Umfange der Vulva knapp ½ cm von der Urethra entfernt geführt, und so die Neubildung ausgiebig entfernt. Der Medianschnitt wird nach rechts und links in die Leistenbeuge verlängert, um das Fettgewebe und fühlbaren Lymphdrüsen der beiden Leistenbeugen zu entfernen. Schluß der Wunde durch eine Reihe versenkter Knopfnähte und fortlaufende Hautnaht.

Vulva rings umsäumt, Urethralmündung freiliegend.

26. III. 06. Wunde vollkommen trocken, Aufstehen, täglich abends Sitzbad.

1. IV. 06. Teigiges Ödem an der Hinter- und Innenseite des rechten Oberschenkels.

12. IV. 06. Erythem am rechten Oberschenkel bis zur Kniescheibe. Venen am Unterschenkel stark gefüllt und entzündet, Schwellung in der Knöchelgegend.

17. IV. Erythem des Oberschenkels verschwunden.

20. IV. An beiden Malleolen des rechten Fußes deutliche Fluctuation. Probepunktion: Eiter und Blut; im Ausstrichpräparat Streptococcen.

26. V. Allgemeinbefinden schlecht, völlige Appetitlosigkeit, Fieber bis 39,1°.

5. V. 06. Linkes Bein stark voedematös geschwollen. Intermittierendes Fieber.

16. V. 06. Klagt über Mattigkeit, schläft fast den ganzen Tag. Fieber remittierend; Puls über 100.

24. V. 06. Collapsartiger Anfall.

30. V. 06. Exitus letalis.

Sektionsprotokoll: Operationsnarbe in der Regio inguinalis beiderseits reizlos und in ihrer Umgebung keine recidivverdächtigen Knoten.

Zerfallender z. T. kanalisierter Thrombus der linken Ven. iliaca extern.; daran anschließend ein frischer fast obturierender Thrombus der Ven. iliaca com. In Zerfall befindliches thrombotisches Material in der rechten Ven. fem., kurz vor Abgang der Ven. saphena magna.

12. J.-N. 504, Bd. 181.

Frau H., Uhrmachersfrau, 68 Jahre.

Aufgen. 28. X. 07. — Entl. 27. XI. 07.

1 spontane Geburt; 5 Aborte im 3. Monat; Wochenbetten fieberfrei.

Menses: E. M. mit 16 Jahren, regelmäßig, 4 wöchentlich, 3—4 Tage, ohne Beschwerden, Menopause mit 50 Jahren.

Kein Fluor.

Pat. war früher nie krank, nur vor 10 Jahren Nierenkolik mit Abgang von Steinen.

Seit 1½ Jahren bemerkt Pat. Vortreten der Scheide bis zu Eigröße. Seit ungefähr derselben Zeit Auftreten einer »Flechte« in den Geschlechtsteilen; ferner zuweilen Jucken, kein besonderer Ausfluß. Seit 1 Jahre Abmagerung, etwas Schwäche, nie Schmerzen.

An der Außenseite der rechten großen Labie ein flacher Tumor, stellenweise ulceriert, namentlich am rechten Rande. Die Oberfläche ist unregelmäßig, höckerig, die Farbe blaßrot, die Consistenz mäßig hart, keine besondere Druckempfindlichkeit. Gegen die Unterlage ist der Tumor gut verschieblich. Schwellung der rechten Inguinaldrüsen.

Starker Descensus der vorderen Vaginalwand mit großer Cystocele

Uterus: klein, senil, retroflektiert.

Adnexe: o. B.

31. X. Operation in Aethernarcose (Pfannenstiel). In der rechten Leistenbeuge Längsincision von 10 cm Länge, Ausräumung des Fettgewebes mit den oberflächlichen und tiefen Drüsen. Schluß der Wunde durch Nähte. Dann Prolapsoperation.

Nunmehr Umschneidung des carcinomatösen Ulcus in weitem Umkreise; Exstirpation desselben mitsamt dem Fett-

gewebe und der Oberschenkelfascie. Unterbindungen. Schluß der Hautwunde mit zahlreichen Silkwormnähten.

Mikrosk. Der exulcerierte Tumor besteht aus einem Plattenepithelcarcinom. In der Nachbarschaft ein solitärer Knoten mit verdickter Epidermis. In den Drüsen ist kein Krebswachstum erkennbar. —

Diagnose: Carc. labii mai. dextri, ohne Metastasen. Glatte Verheilung der Haut; dagegen entwickelt sich in der Leistenbeuge subcutan eine Eiterung, die durchbricht. Unter H_2O_2-Spülung bald Versiegen der Secretion und Schluß der Öffnung.

27. VI. 07. Wohlbefinden, Entlassung.

17. X. 08. Wohlbefinden, keine Drüsen, keine Knoten, Narbe fest.

20. VI. 12. Nach Brief der Pat. keine Schwellung weder in der Vulva noch in der Leistengegend aufgetreten; nur mitunter leichtes Jucken. Pat. war noch nicht wieder in ärztlicher Behandlung. Sie ist also 4 Jahre 5 Mon. recidvfrei.

13. J.-Nr. 780, Bd. 182, 1908.

Fr. R., 20 Jahre.

Aufgen. 17. II. 08. — Entl. 29. II. 08.

Keine Geburt, kein Abort.

Menstruation ohne Besonderheiten.

Früher nie krank gewesen.

Seit Oktober 07 verheiratet. Auf der Hochzeitsreise bemerkte Pat. zuerst eine kleine, derbe, schmerzlose Geschwulst, die sie für einen Knochen hielt, und die weder Gehen und Sitzen, noch bei der Cohabitation hinderlich war. Am 27. XII. 07 Excision des Tumors durch einen auswärtigen Arzt. Die mikroskopische Untersuchung des Tumors im Laboratorium der hiesigen Frauenklinik ergibt Carcinom. Deshalb sucht jetzt Pat. die Klinik auf.

In der Mitte der rechten großen Labie eine tiefe, kraterförmige, größtenteils überhäutete, bis auf den Knochen reichende und mit demselben fest verbundene Narbe. Der Rand ist hart infiltriert und zeigt einige linsengroße, knötchenförmige Prominenzen.

Rechtsseitige Leistendrüsen vergrößert und hart.

Innerer Genitalbefund normal.

18. II. 08. Operation in Aethernarcose. Schnitt parallel dem rechten Lig. Poup. Ausräumung mehrerer harter Drüsenpakete, die nach unten weit in die Tiefe reichen, sodaß die Vena femoralis freigelegt werden muß. Beim Versuch, die der Vene festanliegenden Drüsen zu exstirpieren, reißt die Vene seitlich ein. Wandständige Naht derselben. Auf weiteres Drüsensuchen wird verzichtet. Hautnaht mit Silkworm.

Hierauf Umschneidung des Carcinoms weit im Gesunden, so daß die ganze rechte Hälfte der Vulva amputiert wird. Nach dem Knochen zu schwere Ablösung der Narbe, Es wird ein großer Teil des aufsteigenden Schambeinastes im Zusammenhange mit der Narbe mit dem Meißel abgetrennt. Verschorfung der etwas blutenden Knochenwunde mit dem Paquelin. Blutstillung durch zahlreiche Unterbindungen. Vereinigung der Wundränder mit Silkwormnähten. An die Stelle des Carcinomkraters wird ein Jodoformgazetampon eingelegt.

Mikrosk. Die Narbe erweist sich als carcinomatös. Alle Lymphdrüsen, selbst die am tiefsten liegenden sind mit Carcinomzellen durchsetzt.

Diagnose: Carcinoma vulvae, Recidiv. Metastatische Erkrankung der Leistendrüsen.

Wundheilung verläuft ohne Störung; an der Vulva prima intentio, ebenso in der Leistenbeuge, nur in der Gegend der Drüsenausräumung an den großen Gefäßen nur langsame Granulationsbildung; hier auch zeitweise derbe Infiltration, die sich nach dem Oberschenkel erstreckt.

28. II. 08. Verlegung in eine Privatanstalt.

10. V. Wohlbefinden. Wunde bis auf eine kleine, flache granulierende Wunde in der Leistenbeuge verheilt. Entlassung.

Pat. ist noch im Jahre 08 gestorben.

14. J.-N. 766, Bd. 200. 1910.

Fr. Us., Ladenbesitzerswitwe, 66 Jahre.

Aufgen. 6. I. 10. — entl. 12. II. 10.

Anamnese: 2 normale Geburten, 1 Abort. Menstruation regelmäßig, stets ohne Beschwerden, Menopause mit 42 Jahren, Pat. war stets gesund.

Seit $^3/_4$ Jahren bemerkt Pat. ein in letzter Zeit stark wachsendes Geschwür an der rechten Schamlippe. Seit das Geschwür besteht, Brennen und Schmerzen beim Wasserlassen. Seit längerer Zeit Fluor, der jetzt fleischwasserartig und stark riechend ist. Vor einigen Tagen plötzlich auftretende starke Blutung.

Seit $1^1/_2$ Jahren Juckreiz.

In der rechten Leistenbeuge eine bohnengroße druckempfindliche Drüse.

Die rechte Vulvahälfte extrem verdickt und prominent. An Stelle der rechten kleinen Labie ein 5 Markstück großes exulceriertes Geschwür mit infiltriertem wallartigem Rande, das nach hinten bis zur hinteren Commissur reicht, nach oben die Clitorisgegend einfaßt und lateral zum Teil das große Labium ergriffen hat

Medial geht es bis an den Scheideneingang. Die Urethralmündung ist frei.

Uterus klein, Adnexe frei.

11. I. 10. Operation in Aethernarcose (Höhne).

Schnitt parallel dem Lig. Poup., sorgfältige Ausräumung der rechtsseitigen Leisten- und Cruraldrüsen. Schluß der Wunde durch versenkte und oberflächliche Nähte Vom Poupartschnitte aus Excision des Vulvacarcinoms mit dem Fettgewebe bis auf das Periost des Beckens. Es wird die rechte Hälfte der Vulva vollständig entfernt, außerdem die Clitoris, ihre linksseitige Umgebung und ein Teil des Dammes. Urethra wird dabei in der Symphyse abgelöst, ohne die Urethralmündung zu verletzen. Fixierung der Urethra am Schambogen. Haut und Scheidenschleimhaut durch Naht vereinigt. Dauerkatheter.

Mikroskopischer Befund: Der Schnitt zeigt Carcinomwucherungen mit Verhornungserscheinungen und

Leucocyteninfiltration. In den Lymphdrüsen ist Krebswachstum erkennbar.

8. II. 10. Leistenwunde geheilt. Die Vulva ist von guten Granulationen umgeben. In der linken Leistenbeuge eine kleine, bohnengroße, nicht empfindliche Anschwellung. Links großes Labium oedematös, ohne Wunde.

Entlassung mit der Weisung, in spätestens 8 Wochen sich wieder vorzustellen.

9. V. 10. Wiedervorstellung. Wohlbefinden. Seit 3—4 Wochen eine Schwellung an der linken großen Schamlippe.

Narbe in der rechten Leiste und am Introitus intact. Am linken großen Labium ein bohnengroßer harter Knoten mit Epitheldefekt. In der linken Leiste ein kirschgroßer harter Drüsenknoten.

10. V. 10. Exstirpation der linken Vulva mit sorgfältiger Ausräumung der linken Leistenbeuge.

Mikroskopischer Befund: Plattenepithelcarcinom. Das Drüsengewebe ist vollständig carcinomatös degeneriert.

6. VI. 10. Narbe fast überall epithelialisiert. Keine Oedeme. Subjektives Wohlbefinden.

Entlassung. Pat. soll sich bald wieder vorstellen.

Pat. ist nach Angabe des Sohnes am 3. XII. 10. gestorben, also nach 11 Monaten.

15. J.-N. 782, Bd. 200. 1910.

Frau W., Arbeitersfrau, 58 Jahre.

Aufgen. 11. I. 10. — entl. 6. III. 10.

7 normale Geburten, Wochenbetten fieberfrei, kein Abort.

Menses: regelmäßig in normaler Stärke, Menopause mit 44 Jahren. Pat. war stets gesund. Seit mehreren Jahren heftiger Juckreiz an den äußeren Geschlechtsteilen. Vorigen Winter bemerkte Pat. einen »Pickel« an der rechten großen Schamlippe, der zeitweise Schmerzen verursachte. Der Juckreiz hörte auf. Im vorigen Sommer wurde aus dem Pickel ein Geschwür, das allmählich größer wurde; geblutet

hat es nie, seit 8 Wochen schmerzt es sehr heftig. Seit 1 Jahre Schmerzen beim Wasserlassen. Im letzten halben Jahre erhebliche Gewichtsabnahme.

Status: An Stelle der rechten kleinen Labie findet sich in der hinteren Hälfte ein haselnußgroßer, unebener gestielter Tumor mit weißlicher Auflagerung. Schrumpfung und weiße Verfärbung des übrigen Teiles der kleinen Labien und der Clitoris; an dieser kleine, schmerzhafte Einrisse.

Scheideneingang diffus gerötet, schmerzhaft.

Uterus: anteponiert retroflectiert; Adnexe: o. B.

In der rechten Leistenbeuge unterhalb des lig. Poup. eine Kette kleiner, harter, schmerzhafter Drüsen, die bis zur Spina iliaca ant. sup. heranreichen.

17. I. 10. Operation in Aethernarcose (Höhne). Poupartschnit rechts. Entfernung eines Kranzes von Drüsen mit dem Fettgewebe. Darauf ein Schnitt senkrecht zum ersten in der Gegend der Fossa ovalis, und Entfernung der Drüsen, des Fettes und der oberflächlichen Muskelfascie. Vereinigung des bisher geschaffenen Wundgebietes mit Nähten.

Vom ersten Hautschnitt aus Umschneidung der Clitoris beiderseits, und unter Schonung der Harnröhrenmündung Entfernung der Clioris, der rechten großen und kleinen Labie mit dem aufsitzenden Tumor, und der linken kleinen Labie, alles im Zusammenhange. Nach exakter Blutstillung Vernähung des Wundgebietes.

Mikrosk.: Linsengroße, papilläre Erhebungen mit unregelmäßig in die Tiefe vordringender Krebswucherung. An der Peripherie Leukocyteninfiltration. In den Drüsen keine Carcinomentwicklung.

Diagnose: Carc. vulvae ohne Drüsenmetastasen.

6. III. Fast überall primäre Heilung der Wunde. Die Umgebung der Narbe ist von harter Consistenz. Vulva nach rechts gezogen. Wohlbefinden, Entlassung.

1. III. 11. Ende August 10. starke Schwellung des rechten Oberschenkels, die aber jetzt fast ganz zurückgegangen ist. Kein Recidiv.

5. VII. 11. Kein Recidiv.

20. VI. 12. Nach Bericht des Arztes kein Recidiv. Pat. ist also 2 Jahre 5 Monate recidifrei.

16. J.-N. 474, Bd. 206, 1910.

Fr. Br., Arbeitersfrau, 51 Jahre.

Keine Geburten.

Menses: Beginn mit 14 Jahren, regelmäßig alle 4 Wochen, 8 Tage, sehr stark, ohne Schmerzen. Vor ½ Jahren Menopause.

Am 18. August 1910 wurde in hiesiger Klinik der Pat. wegen beiderseitigen, stark verwachsenen Adnextumoren der Uterus nebst Adnexen exstirpiert. Als sie am 20. X. entlassen werden sollte, bemerkte man am rechten Hymenalsaum ein papilläres, nußgroßes Gebilde, das leicht blutet. Die Umgebung ist etwas infiltriert. Die Leistendrüsen sind etwas geschwollen.

Die mikroskopische Untersuchung eines Bröckels sichert die Diagnose Carcinom und zwar Plattenepithelcarcinom.

22. X. 10. Operation (Stoeckel).

Schutz der alten suprasymphysären Wunde durch Jodtinktur und Verband. Beiderseits Schnitt von der Spin. a. s. bis zur Symphyse. Herausschälen des gesamten Bindegewebes mit Drüsen und Symphsträngen. Die so losgelösten am Mons. ven. zusammenstoßenden Gewebsstränge werden unmittelbar auf der Lymphyse weiter nach unten losgelöst. Sodann weiteres Abpräparieren am Arcus pubis entlang und weiteres präparatorisches Absetzen der Scheidenwand hinten am Arcus pubis bis unmittelbar aufs Rectum. Von der Scheide wird links etwa ein Drittel und rechts fast die Hälfte reseciert. Zum Schluß Absetzen des rechten pararectalen Gewebes mit dem rechten Musc. bulbocavernosus. Sodann Versorgung des ganzen Wundgebietes, wobei auf die Symphyse ein Xeroformgazetampon gelegt wird. Die Harnröhre ist mit Catgutknopfnähten umsäumt und an die großen Labien und an die vordere Scheidenwand angeheftet. Skene'sches Pferdefußkatheter.

Mikroskopisch erwiesen sich die Leistendrüsen als carcinomatös.

29. X. Teilweise sind Nahtstellen der Vulva nekrotisch geworden. Bildung einer Rectumscheidenfistel.

1. XI. Nach 2 tägiger Temperaturerhöhung entleeren sich Absceßhöhlen durch Stichkanäle der alten Querschnittswunde. Die Fisteln, die dauernd Eiter absondern, werden tamponiert. Inguinalwunden geschlossen.

7. XI. Oft recidivierende Bronchitis mit Ectasien; reichliches zähschleimig-eitriges Sputum.

22. XI. 10. Pat. stirbt unter den Erscheinungen der chronischen Bronchitis mit Bronchopneumonie.

Wesentlicher Sectionsbefund: Diffuse Carcinommetastase der ganzen Bauchwunde bis an den Stumpf. Carcinom der Lymphdrüsen bis zum Zwerchfell besonders rechts. Infiltration auch der Inguinal- und Cruraldrüsen (z. T. wohl entzündlich, sekundäre Wundheilung). Ausgedehnte Carcinommetastasen beider Lungen in sehr großen zerfallenden Herden.

17. J.-N. 354, Bd. 222. 1911.

Frau J., Arbeitersfrau, 31. Jahre.

Aufgen. 14. VII. 11. — entl. 14. VIII. 11.

1 Geburt mittels Zange, Dammriß, Wochenbett fieberhaft. 2 Aborte.

Menses: E. M. mit 15 Jahren, alle 4 Wochen, 2—3 Tage.

Pat. war nie ernstlich krank. Seit Ostern bemerkt Pat., daß sie an der Vulva eine kleine, harte Erhebung hatte. Seit der Zeit auch Schmerzen beim Verkehr. Allmählich nahm die Geschwulst an Größe zu. Pat. bekam gelblichen Ausfluß, und seit Pfingsten Schmerzen beim Wasserlassen.

Status: In der Gegend der Clitoris und links daneben findet sich ein handtellergroßes, speckig belegtes Ulcus mit harten, callösen Rändern. Das Ulcus bedeckt besonders das linke kleine Labium und reicht bis zur Urethra nach unten. Uterus und Adnexe o. B.

Die Inguinaldrüsen sind beiderseits geschwollen.

17. VII. 11. Operation in Lumbalanaesthesie (Stoeckel). Mittels langer Schnitte, von der Spina il. sup. bis zur Symphyse jederseits, unter praeliminarer Gefäßversorgung Ausschälen des gesamten Bindegewebes und der oberflächlichen und tiefen Lymphdrüsen mitsamt den Lymphsträngen. Die beiden am Mons veneris zusammenstoßenden Gewebsstränge werden nach abwärts unmittelbar auf dem Knochen losgelöst, so daß die Vorderfläche der Symphyse vollständig freiliegt. Sodann mittels Circulärschnitt Absetzung der ganzen Vulva bis auf das Periost des Knochens. Links Durchtrennung der Scheide in genügender Entfernung vom Carcinom, sodaß nur noch die Harnröhre mit der abgetragenen Vulva in Zusammenhang ist. Da diese innerhalb des Carcinoms mündet, wird etwa 1½ cm von ihr reseciert. In die beiden Leistenschnitte je ein Tampon; ein 3. Tampon auf der Symphyse. Bis zur Harnröhre Schluß der Haut mit Michelschen Klemmen. Fixierung der Harnröhre an die Haut der großen Labien rechts und links sowie an die Scheidenwand mit feinen Catgutknopfnähten Vernähung der Scheidenwand mit der Haut der äußeren Labie.

Mikrosk.: Typisches Plattenepithelcarcinom; Drüsen sind hyperplastisch, bieten aber keine sicheren Anhaltspunkte für Carcinommetastasen.

14. VIII. 11. Alle Schnittwunden sind primär verheilt; die beiden Drainageöffnungen gleichfalls vernarbt. Introitus für 2 Finger durchgängig. Die Umgebung der Harnröhrenöffnung noch etwas gerötet. Keine Harnbeschwerden.

5. XII. 11. Wiederaufnahme. J.-N. 747, Bd. 227. Pat. fühlt sich kräftig und leistungsfähig; seit Entlassung kein ehelicher Verkehr. Rechts neben dem Frenulum eine kleine auf Ca. recidivverdächtige Stelle von Linsengröße.

Narbe rings um die Vulva fest, etwas infiltriert. Inguinalnarben weich, keine Drüsen fühlbar.

9. XII. 11. Exstirpation des Knötchens im Gesunden. Gefäßversorgung. Keine Naht, da der Introitus durch die Narbe sehr eng ist. Tamponade. Wunde heilt langsam per Granulationem. Häufiger Tamponwechsel.

28. XII. Keine Beschwerden.

20. VI. 12. Pat. erscheint auf Bestellung. Hat keine Klagen, nur wenn sie schnell läuft, wird sie leicht wund. Menses regelmäßig, ohne Beschwerden. Narbe unempfindlich, an keiner Stelle suspect auf Recidiv. Mons veneris noch etwas verdickt, doch ist die anfänglich starke Schwellung sehr zurückgegangen. In der Inguinalgegend keine Drüsenschwellung.

18. J.-N. 612, Bd. 226, 1911.

Frau H., Arbeitersfrau, 39 Jahre.

2 normale Geburten, Wochenbett ohne Fieber. Menstruation ohne Besonderheiten.

Als Kind Masern und Scharlach, mit 16 Jahren Pocken, sonst stets gesund. Seit Sommer 1910 beginnt eine kleine Geschwulst am linken Labium allmählich größer zu werden. In letzter Zeit ist sie sehr rasch gewachsen und ulceriert schon seit längerer Zeit. Keine Beschwerden beim Wasserlassen; kein Ausfluß.

Status: Die fehlende, kleine, linke Labie wird durch einen über Männerfaust großen, ulcerierten Tumor eingenommen, der mit schmutzigen, jauchigen Massen belegt ist. Der Tumor geht in die Vagina. Die Vaginalschleimhaut ist rauh, man fühlt einzelne Knötchen. In der linken Leistenbeuge mehrere empfindliche Drüsen.

16. X. 11. Ölung. 10 ccm 1% Novacain und 30 ccm Campheröl in die Bauchhöhle.

20. X. Operation in Lumbalanaesthesie (Stoeckel). Mittels großen Längsschnittes Eröffnung der Bauchhöhle. Links entzündlicher Adnextumor, rechts stark verwachsene Adnexe. Exstirpation des perivasculären Gewebes der lig. rotunda und der Ureteren, obgleich keine Drüsen zu fühlen sind. Wegen palpatorischer Cyste des linken Ovarium, Exstirpation der linken Adnexe. Nach absoluter Bluttrockenheit Schluß der Bauchhöhle. Dann links und rechts zwei große Schnitte von der Spin. a. s. jederseits bis zur Symphyse, die sich dicht unterhalb des Endes des Laparotomieschnittes treffen. Sorgfältige und ausgiebige Ausräumung des ganzen Leisten-

apparates im Zusammenhang, sodaß beiderseits die Fascie des Obliquus und der Recti, das Gefäßdreieck und der Leistenkanal vollständig freiliegen. Die Schnitte werden durch Michelsche Klemmen zu $^4/_5$ geschlossen. Sodann nach Markierung der Harnröhre durch einen Katheter Umschneidung der ganzen Vulva, fast überall 2 cm vom Carcinom entfernt. Vollständige Exstirpation der Vulva. Sodann 2 Tampons in die Leistenschnitte, die durch Entspannungsschnitte herausgeführt werden. Ein Tampon auf die Symphyse und ferner rechts und links vom Scheideneingang ein Tampon. Schluß des ganzen Wundgebietes durch Naht ohne besondere Spannung.

Mikrosk. Bef.: Plattenepithelcarcinom; in den linken Drüsen Metastasen. Ungestörter Wundheilungsverlauf, nur in der linken Leistenbeuge und am Zusammenschluß der 3 Schnitte per Granulationem.

3. XII. Entlassung. Wunde fast verheilt. Scheideneingang knapp für 2 Finger durchgängig. Uterus anteflectiert. Recidiv nirgends fühlbar.

19. VI. 12. Laut Brief der Pat. hat sich weder an der Vulva noch in der Inguinalgegend eine Anschwellung bis jetzt gezeigt. Pat. ist vollständig beschwerdefrei. Sie ist also 8 Monate recidivfrei.

Der häufigste Ausgangspunkt des Vulvacarcinoms sind, wie aus den Statistiken hervorgeht, die Labien, was auch bei unseren Fällen der Fall ist. Folgende kleine Tabelle gibt den Sitz der Neubildung an:

Lab. min. dext.	4 ×	6 ×
„ „ sin.	2 ×	
Lab. mai. dext.	2 ×	3
„ „ sin.	1 ×	
Lab. mai. et. min.	3 ×	
Clitor. et. lab. min.	2 ×	
Clitoris	2 ×	

In Nr. 6 war der Sitz nicht zu eruieren, und Nr. 13 kam mit Recidiv in die Klinik. Vulvacarcinome, die von der

Glandula Bartholini ausgingen, sind sehr selten, es sind nur einige Fälle bekannt.

Bei weiterem Wachstum dehnt sich dann der Krebs in der Längsaxe der Labien weiter aus, so daß sich von der hinteren Commissur bis zum Mons veneris eine Geschwürsfläche bilden kann, die uneben, höckerig und mit mißfarbenen Massen belegt ist. Nur in wenigen Fällen wuchert das Carcinom der Vulva in die Vagina hinein im Gegensatze zum Portiocarcinom. Lutzenberger (12) fand unter 104 Fällen nur 4, bei denen der Krebs den Hymenalsaum überschritten hatte. Auch in unseren 18 Fällen ist nur in Nr. 18 die Vagina ergriffen. Ebenso bleibt die Urethra sehr lange frei. Von unseren Fällen ist in Nr. 1 die Urethra von carcinomatösem Gewebe umgeben, und in Nr. 17 mündet sie innerhalb des Carcinoms; in beiden Fällen ist sie selbst aber frei. Auch in der Literatur finden sich keine Angaben, daß die Urethra ergriffen sei. Es ist daher Fritsch (13) beizustimmen, wenn er der Urethra »eine merkwürdige Resistenz gegen carcinomatöse Degeneration« zuschreibt.

Das Alter, in dem die Vulvacarcinome auftreten, liegt meist höher als das der Uteruscarcinome. Am häufigsten werden die Frauen im 7. Decennium befallen, wie ein Blick auf die nebeneinandergestellten Alterstabellen von Schwarz, Goldschmidt, Teller und unserer Fälle sogleich ergibt.

Es erkrankten an Vulvacarcinom:

im Alter von	Schwarz	Goldschmidt	Teller	bei unseren Fällen
20—30 J.	1	7	0	1
30—40 J.	1	19	2	2
40—50 J.	3	33	6	9
50—60 J.	7	55	10	4
60—70 J.	7	63	18	8
70—80 J.	4	22	3	2
80—90 J.	0	0	0	1 (82 J.)

Unsere Pat. Nr. 7, die mit 82 Jahren an Vulvakrebs erkrankte, dürfte wohl das höchste Alter zeigen, in dem bis

jetzt diese Erkrankung beobachtet wurde. Den ältesten Fall, den ich in der Literatur gefunden habe, teilt Blümcke mit; die Frau war 77 Jahre alt. Es gibt auch wenige Fälle, wo die Patientinnen jünger waren als 20 Jahre. So operierte Fritsch ein 18jähriges Mädchen wegen Vulvacarcinom, Mertz (14) teilt einen Fall von Vulvacarcinom bei einer 16jährigen Virgo mit, und Kinositha (15) stellte in der medizinischen Gesellschaft in Tokio ein 15jähriges Mädchen mit Epithelkrebs der Vulva vor.

Das Vulvacarcinom kann ebenso wie der Uteruskrebs lange bestehen, ohne sonderlich Beschwerden zu machen. Es scheint erst zur Ulceration kommen zu müssen, ehe Schmerzen auftreten, und die Frauen zum Arzt kommen. In den meisten Fällen hört man dann Klagen über Wundsein, Schmerzen und Brennen beim Wasserlassen. Blutungen, und Ausfluß, die Symptome, die bei Uteruscarcinom die Frauen den Arzt konsultieren lassen, treten nur selten auf. In unseren Fällen ist in Nr. 14 eine plötzlich auftretende stärkere Blutung und in Nr. 1 und 4 kleinere Blutungen angegeben, die aber in allen Fällen erst einige Tage vor der Aufnahme in die Klinik auftraten. Kleinere Blutungen nach geringfügigen Traumen kommen öfter vor, werden aber von den Patientinnen meist nicht weiter beachtet.

Eines der ersten und das häufigste aller Symptome, zuweilen das einzige, ist der Pruritus vulvae, der oft jahrelang vorausgeht und sehr stark sein kann. So berichtet Schwarz, daß von seinen 23 Patientinnen 10 an Pruritus litten und bei 7 davon dieses das einzige Symptom war. Ebenso ist bei Teller in der Mehrzahl der Fälle Pruritus angegeben und öfter war der starke Juckreiz an den äußeren Geschlechtsteilen es allein, weshalb die Frauen die Klinik aufsuchten. Auch von unseren Patientinnen hatten 9, also 50 % an Juckbeschwerden in der Vulva, die zum Teil recht lange bestanden, zu leiden.

Die große Mehrzahl der Vulvacarcinome sind Cancroide. Die frühere Einteilung in Medullarcarcinom und Skirrhus ist verlassen, da durch mikroskopische Unter-

suchung festgestellt ist, daß beide Formen in demselben Tumor vorkommen. Die meisten Autoren unterscheiden heute wie bei Hautcarcinom an anderer Stelle einen flachen und infiltrierenden Krebs der Vulva.

Der flache Krebs oder das Cancroid greift wenig in die Tiefe, bleibt relativ lange lokal und zeigt erst spät Ulceration. Er ist meist nicht sehr prominent, die Oberfläche aber infolge papillärer Wucherungen uneben und höckerig. Zu dieser Krebsform möchte ich alle meine Fälle rechnen. Der infiltrierende Krebs, der Skirrhus oder fibröse Krebs der älteren Autoren, kommt sehr selten vor. L. Mayer und Hildebrandt teilen je 2 Fälle dieser Art mit. Diese Form bildet harte, große Tumoren mit ausgedehnter Infiltration der Umgebung, Bald kommt es zu großem, weit in die Tiefe gehendem Zerfall. Infolge des mehr in die Tiefe vordringenden Wachstums verbindet sich dieser Krebs früh mit den Knochen und soll auch zu früher Metastasenbildung in den Drüsen neigen, so daß seine Prognose schlechter ist als die des Cancroids.

Wenn wir uns nun die Frage nach der Aetiologie der Vulvacarcinome vorlegen, so müssen auch heute noch Cohnheim rechtgeben, der in seinen Vorlesungen über allgemeine Pathologie den Abschnitt über die Aetiologie der Neubildungen einleitet mit den Worten: »Wenn es irgend ein Kapitel in unserer Wissenschaft gibt, das in tiefes Dunkel gehüllt ist, so ist es die Aetiologie der Geschwülste.« Als Ursache für die Vulvacarcinome finden wir eine ganze Anzahl von Momenten in der Literatur angeführt. Auf alle kann ich nicht eingehen, nur auf die am häufigst genannten will ich hinweisen.

Wohl am meisten wird der Pruritus vulvae als Ursache hingestellt. Durch das fortwährende Kratzen und Reiben an der Vulva wird die Haut in einen chronischen Entzündungszustand versetzt. Infolgedessen soll es dann zu atypischen Epithelsprossungen kommen, die in Carcinom übergehen sollen. Daß auf dem Boden chronisch-entzündlicher Zustände Krebs entstehen kann, wird allgemein anerkannt, so auch von Borst (16). Anderseits aber erhebt

sich sofort die Frage, ist der Pruritus wirklich primär oder erst sekundär, bedingt durch das Carcinom? Man kann sich sehr gut denken, daß durch das beginnende Tumorwachstum an diesen mit sensiblen Nerven so reichlich versehenen Stellen eine sensible Reizung schon statt hat, bevor die Knötchenbildung zu sehen ist, sodaß der Pruritis in Erscheinung tritt, während das Carcinom unbemerkt bleibt. Dieses dürfte besonders dann zutreffen, wenn das Carcinom in dem vorderen Abschnitt der Vulva lokalisiert ist. Dies mag zuweilen der Fall sein, doch wohl nicht immer. Denn hiergegen spricht die manchmal sehr lange Dauer der Pruritusbeschwerden, bevor sich der Krebs zeigt. Bestand doch bei unseren Patientinnen in Nr. 5 und 11 5 Jahre und bei den anderen »mehrere Jahre« der Pruritus vor der Aufnahme. Bei einer Patientin Tellers war dem Carcinom ein 18 Jahre bestehender Pruritus voraufgegangen; und Schwarz berichtet einen Fall, wo die Frau wegen heftigen Juckreizes in die Klinik kam. Dieser wurde dann behandelt; 6 Monate später aber suchte die Patientin die Klinik wieder auf mit ausgebildetem Carc. vulvae. Will man in diesen Fällen den Pruritus als sekundäre Erscheinung auffassen, so muß man dem Carcinom ein über mehrere Jahre sich erstreckendes latentes Stadium zusprechen, wofür man bis heute keine stichhaltige Gründe beigebracht hat. Ich glaube vielmehr, aus diesen Tatsachen den Schluß ziehen zu sollen, daß sich im Anschluß an Pruritus ein Carcinom entwickeln kann, und daß bei einer alten Frau, die an lange bestehendem, durch nichts zu erklärenden Pruritus leidet, sorgfältig auf beginnende Tumorbildung zu achten ist.

Dann wird oft auf das Trauma hingewiesen, das in seinen verschiedensten Gestalten die Veranlassung dieses schweren Leidens sein soll. So sollen Vulvacarcinome entstanden sein im Anschluß an einen Sturz auf die Kante eines Wäschekorbes (Sand 17). Sturz auf einen Baumstumpf (Behrend 18), infolge eines Falles auf die Ecke eines Stuhles (Weit 2,b). Ferner werden auch die Geburtstraumen angeführt. 2 Fälle habe ich in der Literatur ge-

funden, wo das Carcinom direkt im Anschluß an eine Geburt entstanden sein soll, nämlich bei Aschenborn (19) und Partsch (20). Im allgemeinen spielen aber die Anzahl und die Schwere der Geburten keine Rolle. Denn es sind verhältnismäßig viele Nulliparae unter den an Vulvacarcinom erkrankten. Goldschmidt fand 14,84 %. Auch unter unseren Patientinnen sind 5, die weder geboren noch abortiert haben, also 27,78 %, sicherlich ein Prozentsatz der eher zu Ungunsten der Nulliparen spricht. Zuweilen werden auch zahlreiche und roh ausgeführte Cohabitationen oder Abusus in venere als ursächliches Moment angeführt. Ich glaube aber nicht, daß alle diese Insulte zur Carcinomentzündung an der Vulva führen; denn die Vulva ist vom ganzen Genitaltraktus am meisten Traumen ausgesetzt, und doch findet sich an ihr der Krebs am seltensten.

Eine größere Wahrscheinlichkeit hat schon die Annahme für sich, daß die kleinen warzigen Erhebungen, die Papillome und kleinen Condylome, durch irgendwelche Einflüsse bösartig werden. So beschreibt v. Winkel einen Fall, wo aus einer angeborenen Warze ein Carcinom wurde. Bei dem seltenen Vorkommen der Vulvacarcinome kann diese maligne Degeneration der sich ziemlich häufig findenden Warzen oft nicht stattbaben.

Anders verhält es sich mit der Leukoplakie oder Psoriasis vulvae. Aus den vielen einzelnen Beobachtungen der letzten Jahre geht hervor, daß aus diesen circumscripten, rundlichen, etwas erhabenen, weißlichen Schwielen, die überall an der Vulva auftreten können, Carcinom hervorgehen kann analog der Krebsentwicklung aus Psoriasis linguae et buccalis. Ganz besonders die französischen Autoren sind es, die immer auf die Leukoplakie als Ausgangspunkt des Carcinoms hingewiesen haben. Auch von den deutschen Gynaekologen wird dieses heute wohl allgemein anerkannt. So gibt Hildebrandt die Möglichkeit der Carcinomentwicklung aus der Leukoplakie zu, fügt jedoch hinzu, daß sich nach seiner Erfahrung diese Flecke auch nicht selten bei einfachem Pruritus finden. Winter (21) schreibt: »Außerordentlich häufig entwickeln sich aus ihnen (Leuko-

plakien) Cancroide und nach Exstirpation solcher Krebse sieht man aus anderen Schwielen neue Krebse sich entwickeln.« Bei unseren Fällen hat in Nr. 5 und 10 Leukoplakie bestanden und in Nr. 2 und 15 ist auch wahrscheinlich Psoriasis vorangegangen. Auch Schwarz und Teller teilen mehrere Fälle mit, wo sich diese leukoplakischen Flecke kombiniert mit Cancroid finden. Im Gegensatz zu Schwarz glaubt aber Teller nicht, daß sich der Krebs »direkt auf dem Boden der hornartig verdickten Epidermis« gebildet hat; er hält vielmehr die Leukoplakie für eine Hautveränderung, wie sie besonders im Alter auftritt. Das Entstehen der Vulvacarcinome ist nach ihm so zu erklären, daß die Haut der Vulva schrumpft und während dieses Vorganges atypische Epithelwucherungen auftreten, die dann zum Carcinom führen, eine Hypothese, die man ebenso gut auf die Psoriasis übertragen kann. Neuerdings hat C. J. Bucura (22) einen Fall von Vulvacarcinom mitgeteilt, wo sich neben dem Krebs ein typischer leukoplakischer Herd fand. Durch eingehende mikroskopische Untersuchung der Randpartien des Carcinoms konnte er feststellen, daß ein kontinuierlicher Übergang des carcinomatösen Gewebes in das leukoplakisch veränderte Epithel statthatte, während der Krebs gegen das normale Epithel scharf abgesetzt war. Er glaubt daher nicht fehlzugehen »in der Annahme, daß eben dieser kontinuierliche Übergang des leukoplakischen Epithels in das Krebsgewebe den genetischen Zusammenhang zwischen Carcinom und Leukoplakie zur Genüge in diesem Falle beweise«. Es ist also die Leukoplakie auf spätere Krebsentwicklung verdächtig, sie aber als einfaches Vorstadium des Carcinoms anzusehen, dürfte zu weit gehen, denn nach den Untersuchungen von Srasz (23) kann sie auch in Cranrosis vulvae übergehen. Wenn nun auch zugegeben werden soll, daß die verschiedenen soeben angegebenen Momente auf die Entwicklung des Vulvacarcinoms von Einfluß sein können, so dürfen wir doch keines davon als die wirkliche Ursache hinstellen, sondern wir können ihnen nur einen praedisponierenden Wert zuschreiben,

Der letzte große Faktor, der bewirkt, daß unter gleichen Verhältnissen in dem einen Falle ein Krebs entsteht, in dem anderen nicht, ist uns bis heute noch ein unbekanntes X; ob es der heute eifrig betriebenen Forschung gelingt, ihn sicher zu erkennen, muß die Zukunft lehren.

Die Prognose hängt wie bei allen Carcinomen in erster Linie davon ab, wann die Frauen zur Operation kommen. Ist der Krebs schon weit fortgeschritten, ist es beits zu umfangreichen Metastasen in den Leistendrüsen gekommen, so ist sie eine schlechte. Sie jedoch als infaust zu stellen, wie Gaertner es tut, kann ich auf Grund unserer Fälle nicht. Halten wir uns an der Vorschrift Winters, daß man erst 5 Jahre nach der Operation von Dauerheilung sprechen darf, so haben wir 4 Heilungen zu verzeichnen und zwar ist Nr. 1 9 Jahre 11 Mon., Nr. 7 und 6 8 Jahre, Nr. 10 6 Jahre 4 Mon. vollständig recidivfrei geblieben; auch Nr. 12 darf man wohl als dauernd geheilt betrachten, da die Frau 4 Jahre 8 Mon. ohne Recidiv geblieben ist. Bei den 2 anderen bis jetzt recidivfreien Fällen kann man wegen der Kürze der Zeit noch nicht von Dauerheilung sprechen, denn Nr. 15 ist vor 2 Jahren 5 Mon. und Nr. 18 erst vor 8 Mon. operiert. Nehmen wir an Nr. 5, wo nichts zu erfahren war, sei an Recidiv gestorben, so ergibt sich eine Dauerheilung in 27,78% sämtlicher beobachteter Fälle. Ein derartig günstiges Ergebnis bei größeren Zusammenstellungen liegt bis jetzt nicht vor. Einzelne Fälle von Dauerheilungen finden sich mehrfach in der Literatur. So sah Barnes nach Nahmmacher (24) 8 jährige, Martin (25) 3 mal 5 jährige, Grünbaum (26) 1 mal 7¾ jährige und 1 mal 6½ jährige, Machenhauer (27) 1 mal 5 jährige und Lewers (28) 1 mal 6½ jährige Recidivfreiheit. Der von Grünbaum mitgeteilte Fall, der 7¾ Jahr post operationem noch gesund war, ist umso interessanter, da hier die geschwollenen Leistendrüsen Metastasen zeigten. Auch Hellendahl (29) berichtet über einen Fall, der 4 Jahre recidivfrei war, trotzdem die Drüsen »völlig von Carcinom durchsetzt waren.« Hierdurch ist die Meinung Hildebrandts widerlegt,

daß an dauernde Heilung nicht zu denken sei, wenn einmal die Drüsen befallen sind. Andererseits muß man aber bedenken, daß diese guten Erfolge doch immerhin selten sind, und ferner die besten Resultate am ehesten veröffentlicht werden. Berücksichtigt man ferner, daß noch nach Jahren Recidive auftreten können, wie bei Merkel (30) nach 11 Jahren, bei Veit (31) und Hoffmann (32) nach 8 Jahren, bei Teller 2 mal nach 6 Jahren, so ist die Prognose immer als dubiös, eher ad malum vergens zu stellen. Aus diesem Grunde aber dem Vulvacarcinom eine besondere Bösartigkeit und frühzeitige Metastasenbildung zuzuschreiben, wie Küstner es tut, ist nicht gerechtfertigt. Bedenkt man, daß die Frauen erst zum Arzt kommen, wenn der Krebs meistens schon recht lange bestanden hat, so ist man eher geneigt anzunehmen, daß er die Tendenz hat, längere Zeit lokal zu bleiben, und er erst relativ spät die regionären Lymphdrüsen ocupiert. Freilich ist es einmal zum geschwürigen Zerfall der Neubildung gekommen, so findet man die Leistendrüsen fast regelmäßig geschwollen. Aber diese Schwellung ist durchaus nicht immer, worauf schon Küstner aufmerksam macht, durch Krebswachstum in ihnen bedingt, sondern oft entzündlicher Natur. So berichtet Schwarz, daß von 11 Fällen, in denen die geschwollenen Drüsen exstirpiert wurden, diese nur 5 mal Carcinomwachstum erkennen ließen. Auch in den Fällen Hellendalls, wo 7 mal die Drüsen entfernt wurden, waren diese nur 2 mal carcinomatös erkrankt. Bei 16 unserer 18 Fälle waren die Leistendrüsen geschwollen. In 10 von diesen 16 Fällen finden sich Angaben über die mikroskopische Untersuchung, durch die 5 mal die Drüsen als carcinomatös nachgewiesen wurden, während sie 5 mal kein Krebswachstum erkennen ließen.

Was die Lokalisation der Recidive angeht, so finden sie sich bald in der Narbe und an den zurückgelassenen Teilen der Vulva, bald als reine Drüsenrecidive in der Leistenbeuge, manchmal auch an beiden Stellen gleichzeitig. Metastasen in entferntere Organe scheinen selten vorzukommen; und ob in unserem Fall Nr. 3, der nach dem

Standesamtsregister an Magenkrebs gestorben ist, dieses als Matastase des Vulvacarcinoms aufzufasseo ist, will ich nicht entscheiden.

Wenn wir nun unsere Fälle auf Recidive durchsehen, so scheiden 6 aus; denn 3, Nr. 2, 11 und 16, sind im Anschluß an die Operation gestorben, Nr. 8 wurde nicht operiert, Nr. 13 konnte nicht mehr radikal operiert werden, und Nr. 5 ist verschollen. Von den übrigen 12 sind bis jetzt 5 gesund und 5 an Recidiv erkrankt, nämlich Nr. 3, 4, 9, 14 und 17. Lokalisiert war das Recidiv 2 mal an der Vulva, 1 mal in den Drüsen und 1 mal an der Vulva und in den Drüsen. Das Recidiv trat in Nr. 4 und 14 3 Monate, in Nr. 17 5 Monate und in Nr. 3 3 Jahre und 3 Monate nach der Operation auf. Im letzten Falle zeigte sich nach 5 Monaten nach der ersten Recidivoperation ein zweites Recidiv. In Nr. 9 war nur zu ermitteln, daß Pat. 1 Jahr und 4 Monate nach der Operation an Krebs der Unterleibsorgane gestorben, Näheres in Bezug auf zeitliches Auftreten und Sitz des Recidivs war nicht zu eruieren. Die Recidive wurden alle operiert, aber mit Ausnahme von Nr. 17 sind die Frauen nach kurzer Zeit ihrem Leiden erlegen. Nr. 17 ist jetzt 6 Mon. recidivfrei.

Wie bei jedem Carcinom kann auch beim Krebs der äußeren weiblichen Genitalien als Therapie nur die möglichst radikale Entfernung der Neubildung in Frage kommen. Ohne Operation sind die Patientinnen verloren. Nach allgemeiner Angabe erliegen sie dann in 1—2 Jahren dem schweren Leiden. Wenn auch die Erfolge der Operation bis heute nicht grade glänzend sind, so hat man doch wie in unseren Fällen die Aussicht, etwa ein Fünftel der Frauen dauernd zu heilen, während man den anderen das Leben um kurze Zeit verlängert. Wenn Fritsch vorschlägt, alte Frauen nicht zu operieren, so kann ich dem nicht zustimmen, denn unser Fall Nr. 7. vertrug die Operation gut und wurde dauernd geheilt. Nicht mehr operieren will Jung (33), wenn das Carcinom weit entlang der Harnröhre oder tief in das Septum urethrovaginale vorgedrungen ist, weil dann kaum

mehr radikal operiert werden kann und Incontinenz die Folge ist. In inoperablen Fällen rät er Röntgenbestrahlung in wiederholten langdauernden Sitzungen als Palliativmaßnahme zu versuchen. Er sah davon in einem Falle einen relativ guten Erfolg.

Ob man mit dem schneidenden Paquelin operiert, was die französischen Gynaekologen besonders empfehlen, oder mit dem Messer, ist ziemlich gleichgültig. Im allgemeinen wird von den deutschen Operateuren Messer und Scheere bevorzugt, weil man dann eine bessere Übersicht hat und so besser alles carcinomatöse Gewebe entfernen kann und man primäre Wundheilung erwarten darf, wodurch die Reconvalescenz erheblich verkürzt wird, ein Umstand, der bei den alten Frauen von großer Bedeutung ist. Die dem Messer anhaftende Gefahr des größeren Blutverlustes und der leichteren Möglichkeit von Impfmetastasen läßt sich auf ein Minimum herabdrücken, einmal durch sorgfältige praeventive Blutstillung und dann dadurch, daß man mit dem Carcinom in Berührung gekommene Instrumente nicht weiter benutzt und möglichst ausgiebigen Gebrauch von der Pincette macht. In unseren Fällen wurde immer mit dem Messer operiert. Eine stärkere Blutung ist nie angegeben und nur in Nr. 17 kann man das Recidiv vielleicht als Impfmetastase auffassen. Vielleicht empfiehlt es sich aber, vor der Operation die Oberfläche des exulcerierten Tumors mit dem Paquelin zu verschorfen, wie es in unserem Fall Nr. 9 und auch in dem von Gaertner (34) mitgeteilten Fall geschah.

Die Hauptfrage bei der Operation ist jedoch die nach der gleichzeitigen Exstirpation der Inguinaldrüsen. Während v. Winkel in der ersten Auflage seines Lehrbuches 85 die geschwollenen Leistendrüsen noch zurücklassen will, fordern Küstner und besonders Rupprecht immer die Exstirpation derselben. Heute sind wohl alle Autoren darin einig, daß die Drüsen der kranken Seite, ob geschwollen oder nicht geschwollen, zu entfernen sind und zwar nach dem Vorschlage Koblancks

(35), der die Drüsen und den Tumor im Zusammenhange exstirpiert, um so außer den Drüsen auch die vom Tumor zu den Drüsen ziehenden Lymphstränge mitzuentfernen.

Sollen auch die Drüsen der nicht erkrankten Seite jedesmal herausgenommen werden, wie es Stöckel (36), Jung, Doederlein (37) verlangen? Auf Grund des Verlaufes der Lymphbahnen ist diese Frage zu bejahen, zumal hierdurch der Eingriff nicht sonderlich vergrößert wird. Nach den von Bruhns ausgeführten Injektionsversuchen an 54 Leichen sind die Lymphgefäße an den äußeren weiblichen Genitalien in folgender Weise angeordnet. »Von den großen Labien steigen jederseits 5—8 oder noch mehr größere Lymphgefäße zu den Leistendrüsen empor. Von diesen Ästen gehen die vom mittleren Teile der Labien kommenden in ziemlich direkter Richtung zu den Drüsen, die von dem oberen Teile ziehen erst eine Strecke senkrecht in die Höhe nach dem Mons veneris zu, um dann in scharfem Winkel sich seitlich zu wenden, die von dem unteren Teile laufen erst parallel am äußeren Rande der Labien entlang und biegen dann plötzlich zu den Drüsen um. Die Lymphbahnen der kleinen Labien stehen mit denen der großen in engem Zusammenhang, und mit den Lymphbahnen der kleinen Labien sind die der Clitoris und des Praeputiums clitoridis eng verbunden. Während nun meist die Lymphbahnen der einen Seite mit denen der anderen keine Anastomosen eingehen, bleiben zuweilen einige Lymphstränge der großen wie auch der kleinen Labien nicht auf derselben Seite, sondern biegen um die vordere Commissur herum nach den Inguinaldrüsen der gegenüberliegenden Seite. In manchen anderen Fällen verlaufen auch die Lymphbahnen der einen Seite um die vordere oder hintere Commissur herum, gehen dann in die Lymphbahnen der gegenüberliegenden Seite über, um jetzt erst zu den Leistendrüsen dieser Seite zu gelangen«. In den letzten Fällen bekommen also die Inguinaldrüsen Lymphflüssigkeit von beiden Vulvahälften. Sitzt also ein Carcinom auf einer Seite der Vulva,

so können wohl beiderseitige Leistendrüsen erkranken. Es können nach diesem auch Krebszellen auf dem Lymphwege direkt in die andere Vulvahälfte verschleppt werden. Hierdurch ist es wohl erklärlich, daß an der bei der Operation ganz gesund erscheinenden Vulvahälfte, wie in unserem Falle Nr. 14, ein Recidiv auftritt. Als eine zweite Ursache für derartige Recidive ist die Contactinfektion anzusehen, die durch das Anliegen der gesunden Seite an dem Tumor zustande kommen kann.

Auf Grund dieser beiden Recidivmöglichkeiten ist es gerechtfertigt, daß heute die Mehrzahl der Operateure auch die scheinbar ganz gesunde Vulvahälfte mitentfernen. Eine als wichtige Vervollkommnung der Operation anzusehende Neuerung hat Herr Prof. Stoeckel in unserem letzten Falle angewandt. Da er glaubt, daß, wenn einmal die Inguinaldrüsen befallen sind, diese bald überschritten und die Beckendrüsen ergriffen werden, so hat er der eigentlichen Vulvacarcinomoperation die Laparotomie vorangeschickt und die Beckendrüsen sorgfältig exstirpiert, die freilich in diesem Falle mikroskopisch frei von Carcinom waren.

Von unseren Fällen wurden nur in Nr. 7, wohl wegen des hohen Alters, 82 Jahre, der Patientin die geschwollenen Drüsen zurückgelassen, und nur die Neubildung möglichst weit im Gesunden excidiert, gleichwohl ist die Pat. jetzt über 8 Jahre recidivfrei. In den anderen 16 operierten Fällen wurden 10 mal die Inguinallymphdrüsen beider Seiten und 6 mal die der kranken Seite sorgfältig ausgeräumt und zwar sowohl die oberflächlichen wie die tiefen. Die Vulva wurde in 8 Fällen ganz excidiert und in 7 Fällen den die Neubildung tragenden Teil weit im Gesunden, während die übrigen Teile zurückgelassen wurden. Bei 4 Frauen mußte ein Teil der Vagina entfernt werden, und bei einer (Nr. 17) wurde etwa 1½ cm der Urethra reseciert, wodurch keine Funktionsstörung entstand.

Sehen wir uns nun die Ausdehnung der Operation in Bezug auf ihre Erfolge an. In den 7 recidivfreien Fällen wurde 3 mal die ganze Vulva excidiert, wobei 2 mal die Inguinaldrüsen beider Seiten und 1 mal die der einen Seite

ausgeräumt wurden. In den 4 übrigen Fällen, wo die Vulva nur teilweise entfernt wurde, wurden 1 mal die Drüsen zurückgelassen, 2 mal die der einen Seite und 1 mal die beider Seiten entfernt. In den 6 Fällen mit Recidiven wurde 2 mal die ganze Vulva exstirpiert mit Ausräumung der beiderseitigen Leistendrüsen, in den anderen 4 Fällen wurde der die Neubildung tragende Teil der Vulva entfernt und 2 mal die Lymphdrüsen der beiden Seiten und 2 mal die der einen Seite.

Bei den 3 Fälleu, die im Anschluß an die Operation gestorben sind, wurde die ganze Vulva amputiert und die Ausräumung der beiderseitigen Inguinallymphdrüsen vorgenommen.

Zur Übersicht unserer 18 Fälle sei folgende Tabelle beigefügt, die die Ausdehnung der Operation wie auch die Erfolge enthält.

Nr.	Name	Alter	Diagnose	Inguinallymphdrüsen		Operation		Resultate	
				makrosk.	mikrosk.	Datum	Ausdehnung		
4.	Fr. Ha.	61 J.	Ca. lab. mai. et min. sin.	beiderseits stark geschwollen	carcinomatos	23. III. 03 Werth	Exzision d. Vulva mit Ausräumung der Inguinaldrüsen beiderseits	nach 4 Mon., im Juli 03, Recidiv in der Leistenbeuge Exstirpation derselben 3 Mon. nach der Recidivoperation gestorben	Recidive 3.
14.	Fr. Us.	66 J.	Ca. lab. min. dext.	rechts vergrößert	carcinomatös	11. I. 10 Hoehne	Hemiamputatio vulvae mit Ausräumung der rechtsseitigen Leistendrüsen.	am 9. V. 10, also nach 5 Mon. Recidiv an d. Vulva. Exstirpation derselben am 3. XII. 10, also 7 Mon. später gestorben an Krebs.	Recidive 3 + 3 = 6.
3.	Fr. Er.	71 J.	Ca. lab. min. dext.	nicht vergrößert	kein Krebs	10. III. 03 Werth	Excision der rechten Vulva mit Ausraumung der Leistendrüsen beiderseits	nach 3 Jahren 2 Mon. Recidiv an der Vulva. Exstirpation derselben 1 Jahr 5 Mon später 2 Recidiv, wiederum exstirpiert. Kurze Zeit nach der 2. Recidivoperation gestorben an Magenkrebs.	
13.	Fr. Ri.	20 J.	Ca vulvae. Recidiv.	hart infiltriert	carcinomatös	18. II. 08	Excision der rechten Vulva mit Ausräumung d. rechten Leistendrüsen, nicht radikal	gestorben nach etwa ¾ Jahren	
9.	Fr. Fr.	68 J.	Ca. clitor. et lab. min. sin.	etwas geschwollen	-	18. XII 05 Werth	Excision der linken Vulva mit clitoris mit Ausräumung beiderseitigen Inguinaldrüsen	im April 07, also nach 1 Jahr 4 Mon. gestorb. an Krebs der Unterleibsorgane	Recidive 3.
17.	Fr. Jz.	31 J.	Ca. lab. min. sin. et. clitoridis	beiderseits geschwollen	nicht carcinomatös	17. VII 11 Stoeckel	Excision der ganzen Vulva u. der beiderseitigen Inguinaldrüsen	am 5. XII. 11, also nach 5 Mon. Recidiv in der Vulva. Exstirpation derselben. Jetzt 6 Mon. nach der Recidivoperation gesund	

18.	Fr. Ha.	61 J.	Ca. lab. min. sin.	links geschwollen	carcinomatös	20. X. 11 Stoeckel	Ausräumung d. Beckendrüsen. Excision d. Vulva u. Ausräumung d. Leistendrüsen bds.	jetzt 8 Mon. recidivfrei nach Brief d. Pat.
15.	Fr. W.	58 J.	Ca. lab. min. dext.	rechts geschwollen	nicht carcinomatös	17. I. 10 Hoehne	Excision d. rechten Vulva mit Ausräumung der rechten Leistendrüsen	Nach Bericht des Arztes jetzt gesund, kein Recidiv aufgetreten, also 2 Jahre 5 Mon. recidivfrei.
12.	Fr. He	68 J.	Ca. lab. mai. dext.	rechts geschwollen	nicht carcinomatös	30. X. 07 Pfannenstiel	Excision der rechten Vulva mit Ausräumung d. Leistendrüsen rechts	Laut Brief der Pat. bis jetzt recidivfrei geblieben, also 4 Jahre 8 Mon.
10.	Fr. La.	64 J.	Ca. clitoridis	links geschwollen	—	28. II. 06 Werth	Excision d. Clitoris mit Ausräumung d. Leistendrüsen bds.	Nach Brief des Arztes bisher kein Recidiv, also 6 Jahre 4 Mon. recidivfrei.
6.	Fr. Fe	58 J.	Ca. vulvae	rechts geschwollen	—	Sommer 04	Excision d. Vulva mit Ausräumung d. Leistendrüsen rechts	28. VI. 12. Nachuntersuchung; kein Recidiv, also 8 Jahre gesund.
7.	Fr. Ri.	82 J.	Ca. clitoridis	beiderseits geschwollen	—	13. V. 04 Werth	Excision d. Clitor. u. d. Praeputiums	Laut Brief des Arztes bisher kein Recidiv, also 8 Jahre 1 Mon. gesund.
1.	Fr. Kl.	77 J.	Ca. lab. min. sin.	links geschwollen	nicht carcinomatös	30. VII. 02 Werth	Excision d. Vulva mit Ausräumung d. Leistendrüsen bds.	Nach Bericht d. Arztes bis heute recidivfrei geblieben, also 9 Jahre 11 Mon.
5.	Frl. Gr	66 J.	Ca. lab. mai. sin.	nicht vergrößert	nicht carcinomatös	4. XI. 03 Werth	Hemiamputatio vulvae mit Ausräumung der linken Leistendrüsen	Pat. ist verschollen
8.	Fr. Sp.	68 J.	Ca. lab. mai. dext.	rechts geschwollen	—	—	nicht operiert	gestorben am 11. XII. also nach $1^1/_2$ Jahren

recidivfrei 7

Nr.	Name	Alter	Diagnose	Inguinallymphdrüsen		Operation		Resultate	
				makrosk.	mikrosk.	Datum	Ausdehnung		
2.	Fr Kl.	63 J.	Ca. lab. mai. et min. sin.	beiderseits etwas geschwollen	nicht carcinomatös	7. II. 03 Werth	Excision der ganzen Vulva mit Ausräumung der beiderseitigen Leistendrüsen	nach 1 Monat gestorben an Sepsis. Section ergab nirgends Carcinom	gestorben im Anschluß an die Operation 3
11.	Frl. T.	57 J.	Ca. lab. mai. et min. sin	beiderseits geschwollen	—	6. IV. 06 Werth	Amputatio vulvae mit Ausräumung der beiderseitigen Leistendrüsen	nach 1½ Mon. gestorben an eitriger Thrombophlebitis. Section ergibt nigends Carcinom	
16.	Fr. Br.	51 J.	Ca. lab. min. dextri	etwas geschwollen	carcinomatös	22. X. 10. Stoeckel	Excision der ganzen Vulva mit beiderseitiger Drüsenausräumung	nach 1 Mon. gestorben an diffuser Carcinomatose	

Ob durch die größere Ausdehnung der Operation in den letzten Jahren, insbesondere durch die von Stoeckel angegebene Methode, der Procentsatz der Dauerheilungen erhöht wird, darüber ist jetzt natürlich noch keine Äußerung möglich, ist aber in Analogie zu den Resultaten der Mammacarcinomoperation wohl zu erwarten. Aus unseren Fällen ist als Facit zu ziehen: Etwa ein Fünftel der an Vulvacarcinom erkrankten Frauen kann, auch wenn der Tumor bereits ulceriert ist und die Leistendrüsen geschwollen sind, durch sorgfältige Ausräumung der oberflächlichen und tiefen Inguinallymphdrüsen und möglichst weitgehende Entfernung der Neubildung in der Vulva dauernd von ihrem Leiden geheilt werden.

* * *

Zum Schluß gestatte ich mir, meinen hochverehrten Herren Lehrern, Herrn Prof. Dr. Stöckel für die gütige Überweisung des Materials und Herrn Prof. Dr. Höhne für die bei der Anfertigung der Arbeit in liebenswürdigster Weise mir gewährte rege Unterstützung den ergebensten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. G. Schwarz: »Über Erfolge der Radikaloperation der Vulva- und Vaginacarcinome«. I.-D. Berlin 1893.
2. Winckel: Pathologie der weiblichen Genitalien. Lehrbuch der Frauenkrankheiten 1890.
3. A. Gönner: »Zur Casuistik des Carcinoms der Vulva«. Zeitschr. für Geburtsh. und Gyn. 1882. Bd. 8.
4. L. Mayer: »Klinische Beiträge über das Cancroid der äußeren weiblichen Genitalien«. Virchows Archiv 35, 68.
5. Küstner: »Zur Pathologie und Therapie der Vulvacarcinome«. Zeitschr. für Geburtsh. und Gyn. Bd. 7, 1882.
6. R. Teller: «Vulvacarcinom«. Zeitschr. für Geburtsh. und Gyn. Bd. 61, 1907.
7. H. Blümcke: »Über 14 Fälle von Vulvacarcinom aus der Frauenklinik zu Halle«. I.-D. Halle 1891.
8. W. Koppert: »25 Fälle von Vulvacarcinom aus der Frauenklininik zu Jena«. I.-D. Jena 1898.
9. M. Goldschmidt: »Über Vulvacarcinom«. I.-D. Leipzig 1902.
10. Hildebrandt: Billroth's Handbuch für Frauenkrankheiten.
11. Zweifel: Krankheiten der weiblichen Genitalien.
12. J. Lutzenberger: »Carcinoma vulvae«. I.-D. München 1894.
13. Fritsch: Krankheiten der Frauen.
14. H. Mertz: »4 Fälle von Tumoren der Vulva«. I.-D. Breslau 1885.
15. Kinozitha: Ref. in den »Ergebnissen der Geburtsh. und Gyn. 1907«.
16. Borst: Aschoff, Allgemeine Pathologie.
17. G. Sand: »Zur Casuistik und Aetiologie der primären Vulvacarcinome. I.-D. Kiel 1897.
18. C. Behrend: »Carcinoma vulvae«. I.-D. Jena 1869.
20. Partsch: »Das Carcinom und seine operative Behandlung«. Habil.-Schrift, Breslau 1884.

21. Winter: Gynaek. Diagnostik 1907.
22. J. C. Buccura: »Leukoplakie und Carcinoma vulvae«. Wiener klin. Wochenschrift 1912, Heft 17.
23. H. Szasz: Über leukoplakische Veränderungen der Vulva, ihre Beziehung zur Cranrosis, nebst 2 Fällen von Vulvacarcinom. Monatsschr. für Geburtsh. und Gyn. Bd. XVII. 1903.
24. C. Nahmmacher: »2 Fälle von primärem Vulvacarcinom«. I.-D. Kiel 1901.
25. Martin: Frauenkrankheiten.
26. F. Grünbaum: »Prognose bei Operationen der Vulvacarcinome«. Deutsche med. Wochenschr. 1906, Nr. 7.
27. Machenhauer: Centralblatt für Gyn. 1911, Heft 44.
28. Lewers: Ref. Centralbl. für Gyn. Bd. 32 p. 1165.
29. J. Hellendall: »Über die blumenkohlartigen Tumoren der Vulva«. Hegar's Beitrage 1904, p. 208.
30. Merkel: Fränkische Gesellschaft für Geb. und Gyn. im Juli 1909. Ref. Münch. med. Wochenschr. 1909, p. 1919.
31. Veit: Handbuch der Gynaekologie.
32. Hoffmann: Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynaekol. Bd. 67, p. 531.
33. Jung: Fränk. Gesellsch. f. Geb. und Gyn. Juli 1909. Ref. Münch. med. Wochenschr. 109, p. 1919.
34. H. Gaertner: »Die Operation des Carcinoms der äußeren Genitalien des Weibes«. I.-D. Freiburg 1905.
35. Koblanck: Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynaek. 1897, Bd. 36, p. 520.
36. Stoeckel: Sitzung des ärztl. Vereins Marburg 19. I. 1910. Ref. Münch. med. Woch.

    Medic. Gesellsch. Kiel, Sitzung vom 16. XI. 1911. Ref. Münch. med. Woch.
37. Doederlein: Operative Gynaekologie 1912.
38. Bruhns: Über Lymphgefäße der weiblichen Genitalien nebst einigen Bemerkungen über die Topographie der Leistendrüsen.

    His'Archiv für Anatomie u. Entwicklungsgeschichte 1898.

Lebenslauf.

Ich, Johann Ossing, kath. Konfession, wurde am 19. Juni 1886 als Sohn des Hofbesitzers Heinrich Ossing in Borken-Wirthe (Westf.) geboren. Nach Besuch der Rektoratsschule in Borken kam ich 1902 auf das städtische Gymnasium in Münster, wo ich Ostern 1907 das Reifezeugnis erhielt. Dann studierte ich Medizin in Münster (Westf.) und bestand daselbst die ärztliche Vorprüfung. Meine klinischen Semester verbrachte ich an den Universitäten München, Berlin und Kiel. Ostern 1912 machte ich in Kiel mein medicinisches Staatsexamen.